



Inkoopgids zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG) 2015

Inhoud

1.	Inleiding	3
2.	Context en toekomstperspectief	3
	2.1. Overgangsjaar.....	4
	2.2 De aanspraak ZG	4
3.	Inkoop ZG 2015	8
	3.1 Financiële kaders	8
	3.1.1 Budget	8
	3.1.2 NZa-prestaties en tarieven en wijze van inkoop	9
	3.1.3 Macro Beheers Instrument (MBI)	9
	3.2. Zorginkoop	10
	3.2.1 Zorginkoop bestaande zorgaanbieders.....	10
	3.2.1.1 Procedure inkoopafspraken bestaande zorgaanbieders.....	11
	3.2.1.2 Procedure opname in representatie overeengekomen tarieven ZG in Tariefinformatiesysteem Organen Gezondheidszorg (TOG).....	12
	3.2.1.3 Procedure verrekening declaraties boven overeengekomen omzetplafond	12
	3.2.2 Inkoop nieuwe zorgaanbieders	13
	3.2.3 Overgangsregime	14
	3.2.4 Mogelijke zorgaanbieders ZG	14
	3.2.5 Aandachtspunten bij de inkoop van ZG	14
	3.2.6 Voorwaarden contractering	15
	3.3 Zorglevering ZG	18
	3.3.1 Kwaliteitseisen.....	18
	3.3.2 Indicatiestelling ZG	18
	3.3.3 Het zorgplan	19
	3.4 Monitoring en declaratie zorg.....	20
	3.4.1 Monitoring budget.....	20
	3.4.2 Wijze van declaratie	20
	Bijlage 1 Aantal unieke cliënten auditief en visueel in 2013	21

1. Inleiding

Op 1 januari 2015 wordt de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten, conform het advies van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ), overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De transitie van ZG als aanspraak 'ZG' naar de Zvw vraagt om een zorgvuldig invoeringstraject. Het is van belang dat de overheveling zonder problemen voor zowel verzekerden, zorgaanbieders als zorgverzekeraars gaat plaatsvinden, zodat continuïteit van zorg is geborgd. Uitgangspunt bij de transitie naar de Zvw op 1 januari 2015 is een zorgvuldige overgang van de zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking en het borgen van de expertisefunctie voor deze cliëntgroep.

De transitie van de zorg naar de Zvw betreft een transitie naar een ander stelsel met andere spelregels. Ter ondersteuning van dit proces is er door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een inkoopgids ZG 2015 opgesteld. De inkoopgids ZG 2015 is bedoeld als een sturende basisset van afspraken, waar niet van kan worden afgeweken, bij de onderhandelingen over de extramurale behandeling ZG. Het geeft structuur, richting en ruimte aan het zorginkoopproces. Zorginkopers en zorgaanbieders kunnen de gids als leidraad gebruiken om afspraken te maken. In dit kader gaan zorgverzekeraars uit van het standpunt dat de ZG niet aanbesteding plichtig is¹.

Tot slot, er zijn op het moment van vaststelling van deze zorginkoopgids nog veel onzekerheden. De informatie in deze gids is geschreven met de kennis van de huidige stand van zaken en onder voorbehoud van komende ontwikkelingen. Relevante wijzigingen die na publicatie van deze inkoopgids worden doorgevoerd, worden geplaatst op de website van ZN. Aan de inkoopgids ZG kunnen geen rechten worden ontleend.

2. Context en toekomstperspectief

Door de overheveling van ZG naar de Zvw kan er een betere aansluiting met de reeds in de Zvw opgenomen zorg gerealiseerd worden en kan er verder gewerkt worden aan het verbeteren van de kwaliteit en transparantie van de zorg. Met de overheveling van de zorg naar de Zvw kan een belangrijke vervolgstap in het traject Verbindend Vernieuwen gezet worden.

De overheveling is onderdeel van de hervorming langdurige zorg (HLZ), gebaseerd op de visie dat de samenleving mensen meer mogelijkheden biedt om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven, meer gelijke deelname en meer eigen regie. Wie ondersteuning en zorg nodig heeft, krijgt die zoveel mogelijk dichtbij, in de eigen leefomgeving. Gemeenten worden vanuit de Wet maatschappelijk ondersteuning 2015 (WMO) verantwoordelijk

¹ Zoals wellicht bekend is heeft de voorzieningenrechter recentelijk bepaald dat CZ aanbesteding plichtig is voor wat betreft de uitvoering van de Zvw. Echter, daartegenover zijn ook een groot aantal uitspraken op grond waarvan geconcludeerd kan worden dat de zorgverzekeraar niet aanbesteding plichtig is.

voor de ondersteuning van mensen met een beperking bij zelfredzaamheid en participatie.

2.1. Overgangsjaar

De ZG is per 1 januari 2015 formeel wettelijk verankerd in de Zvw en wordt daarmee uitgevoerd door zorgverzekeraars. De totale transformatie van de ZG zal echter een meerjarig proces zijn. Vanwege het beperkte tijdspad voor de overheveling en de implementatie van de aanspraak ZG, wordt 2015 beschouwd als overgangsjaar. Het doel daarbij is om continuïteit van zorg, (financiële) risicobeheersing en praktische uitvoerbaarheid zoveel als mogelijk te realiseren. Voor de ZG zullen er zoveel mogelijk landelijke afspraken worden gemaakt.

Het jaar 2015 vormt daarmee een overbrugging van hervorming naar implementatie. Vanaf medio 2014 tot 1 april 2015 wordt uitgewerkt hoe de ZG zorg in 2016 en verder wordt vormgegeven. Verzekerden moeten kunnen vertrouwen dat zij ook tijdens het overgangsjaar 2015 goede zorg zullen blijven ontvangen die aansluit bij hun behoeften.

2.2 De aanspraak ZG

De definitieve aanspraak ZG zal naar verwachting in oktober 2014 in het Staatsblad worden gepubliceerd. Het concept van de aanspraak, waar deze inkoopgids op is gebaseerd luidt²:

Artikel 2.5a van het besluit zorgverzekeringswet komt te luiden:

Artikel 2.5a

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

In de toelichting op deze aanspraak is het volgende opgenomen t.a.v. de ZG²:

Zorg aan mensen met zintuiglijk beperking algemeen

Geneeskundige zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking viel tot de inwerkingtreding van dit besluit voor een deel onder de AWBZ-aanspraken en zat voor een deel al in het basispakket.

Met deze bepaling is het basispakket uitgebreid met de zintuiglijk gehandicaptenzorg die onder de aanspraak op extramurale behandeling op grond van de AWBZ viel.

De zorg die al in het basispakket zat, betreft de, veelal, monodisciplinaire zorg in verband met een zintuiglijke aandoening. Deze (geneeskundige) zorg is gericht op (gedeeltelijk) herstel of voorkomen van verergering van de aandoening. Daarbij gaat het om zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden (zoals audiologische hulp en chirurgische ingrepen aan oog en gehoororgaan en het implanteren van cochleaire implantaten), logopedie, ergotherapie en

² Tekst uit ontwerpbesluit zorgpakket Zvw 2015 en zorgpakket BES 2015

hulpmiddelen die geregeld zijn op grond van artikel 2.9 van het Bzv. Hieronder valt ook het adviseren over en instructie bij het hulpmiddel.

Leidt de aandoening tot een zintuiglijke beperking, dan kan de multidisciplinaire zorg beschreven in artikel 2.5d³ aan de orde zijn. De ernst van de zintuiglijke beperking die hiervoor als voorwaarde geldt, is vertaald in indicatiecriteria van de betrokken beroepsgroep(en).

De zorg die vanuit de AWBZ naar het basispakket is overgeheveld betreft multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen, bestaande uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap,
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Multidisciplinaire zorg houdt in dat er verschillende disciplines bij de behandeling betrokken zijn die in hetzelfde behandelingstraject interventies inzetten, gelijktijdig en/of sequentieel. Het diagnostisch onderzoek houdt in het vaststellen van de (ernst van de) beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien voor de verzekerde. Op basis hiervan wordt een (individueel) behandelplan opgesteld, waarvan mogelijke interventies worden besproken in een adviesgesprek met de cliënt en/of diens ouders/verzorgers of andere betrokkenen, waarna vervolgens de behandeling kan worden vastgesteld.

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeem gerichte “mede”behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met deze beperking.

In die gevallen waarin er sprake is van het “meebehandelen” van de ouders of andere personen in de omgeving van het kind met een zintuiglijke beperking vallen alle kosten onder de verzekering van het kind en is het eigen risico niet van toepassing. In geval van volwassen mensen met een zintuiglijke beperking vallen alle kosten eveneens onder de verzekering van de persoon met een deze beperking. De kosten vallen dan onder het eigen risico van deze volwassene met een zintuiglijke beperking.

Onder de overgehevelde zorg vallen niet:

- onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren,
- de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven. Als deze groep een beroep moet doen op multidisciplinaire op behandeling gerichte zintuiglijk gehandicaptenzorg (zijnde niet de hier bedoelde ondersteuning) valt die zorg uiteraard ook voor deze groep onder de Zvw, als die daar redelijkerwijs op is aangewezen.

De uit de AWBZ overgehevelde zorg, is met dit besluit omschreven in het nieuwe

³ Verzekeraars zijn van mening dat hier verwezen zou moeten worden naar artikel 2.5a

artikel 2.5d⁴ van het Bzv. Op de overige, veelal monodisciplinaire, zorg blijven de artikelen 2.4, 2.6 en 2.9 van het Bzv van toepassing.

Zorg in verband met een visuele beperking

Of er sprake is van een visuele beperking wordt vastgesteld met toepassing van evidence based richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). In de desbetreffende NOG-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking is aangegeven, dat er sprake is van een visuele beperking indien er sprake is van:

- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog,
- een gezichtsveld < 30 graden, of
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

De diagnostiek van visuele beperkingen vindt plaats door middel van metingen met een hulpmiddel (bril).

De zorg aan mensen met een visuele beperking bestaat voor een groot deel uit kortdurende extramurale trajecten en is multidisciplinair van aard. Het zorgaanbod moet inspelen op de complexiteit van de hulpvraag. Dat maakt de zorg divers, afhankelijk van de leeftijd en leefomstandigheden van de persoon met een visuele beperking, van persoonlijkheidskenmerken en van de individuele problematiek.

Zorg in verband met een auditieve beperking

Het zorgtraject in geval van een auditieve beperking start met de audiologische hulp die al onderdeel uitmaakt van het Zvw-pakket.

Audiologische hulp bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek van de gehoorfunctie,
- advisering van de verzekerde over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting aan de verzekerden met betrekking tot het gebruik van de apparatuur.

Of er sprake is van een auditieve beperking wordt vastgesteld met toepassing van evidence based richtlijnen van de FENAC. In de desbetreffende FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een auditieve beperking is aangegeven dat er sprake is van een auditieve beperking indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat.

De zorg aan mensen met een auditieve beperking wordt geleverd door keel-neus-en-oorartsen (kno-artsen), audiologische centra en de zintuiglijk gehandicaptensector. De zorg door kno-artsen en audiologische centra valt reeds onder de Zvw. De onderhavige bepaling heeft dus geen betrekking op

⁴ Verzekeraars zijn van mening dat hier verwezen zou moeten worden naar artikel 2.5a

deze zorg, maar op de zorg die tot de inwerkingtreding van dit besluit werd geleverd door de AWBZ- "leveranciers" van de zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze zorg is multidisciplinair van aard. De zorgverleners hebben specifieke kennis en deskundigheid op het gebied van gehoor-, communicatie- en taalstoornissen. De zorgverleners zullen in het algemeen ook moeten beschikken over alternatieve communicatievormen zoals Nederlandse Gebarentaal of Nederlands met Gebaren.

Bij kinderen met een gehoorbeperking, kunnen activiteiten worden aangeboden om de communicatie te stimuleren. Interventies zijn gericht op communicatie, zoals leren van Nederlandse Gebarentaal: gebruik maken van gebaren, omgaan met de impact van de beperking en zelfredzaamheid. Als het kind wat ouder is komen ook interventies gericht op (toekomstig) zelfstandig wonen en werken aan de orde. Ook hulp bij mogelijke psychische klachten als gevolg van de auditieve beperking handicap hoort tot het zorgaanbod.

Communicatietraining valt onder de Zvw voor zover het gaat om het aanleren van de vaardigheden. Buiten de Zvw vallen het "inslijpen" van de vaardigheden door herhaaldelijk oefenen en het onderhouden van de vaardigheden in de dagelijkse praktijk.

Zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis

Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis. De taalontwikkelingsstoornis wordt gekarakteriseerd door ernstige problemen in taalverwerving van de moedertaal. Het betreft hier niet taalverwervingsproblematiek in verband met een tweede taal/anderstaligheid. De objectieve vaststelling of er sprake is van communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven, geschiedt met multidisciplinaire diagnostiek conform de evidence based FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Bij de zorg ingeval van deze beperking gaat het om kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van drieëntwintig jaar. Deze groep heeft problemen met het communiceren en onderdelen van de zorg voor mensen met een auditieve beperking zijn ook voor deze groep effectief. Deze groep met ernstige spraak/taalmoelijkheden en hun ouders wordt een behandeling aangeboden die de taalontwikkeling en sociaal-emotionele ontwikkeling stimuleert. Verder zijn er bij deze groep overeenkomsten met hetgeen hiervoor is beschreven over de zorgbehoefte van en zorg aan mensen met een auditieve beperking.

Hoeveel aanspraak er in 2015 op ZG gemaakt zal gaan worden is op dit moment moeilijk in te schatten. In 2012 bedroegen het aantal geleverde uren in de AWBZ voor extramurale ZG-zorg 1,457 miljoen, bestaande uit 186.884 uur

voor begeleiding en 1.270.029 uur voor behandeling. Deze aantallen zijn vastgesteld door de NZa op basis van de nacalculaties 2012.

Ten aanzien van het aantal cliënten is door de brancheorganisaties VIVIS en SIAC informatie aangeleverd ten aanzien van het aantal cliënten in 2013. Deze informatie treft u als bijlage aan.

3. Inkoop ZG 2015

In 2015 wordt de ZG zoals deze door zorgaanbieders die in 2014 afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars via representatie ingekocht⁵. Vanwege deze inkoop in representatie zijn er met de zorgverzekeraars uniforme uitgangspunten opgesteld ten aanzien van de zorginkoop ZG. Dit hoofdstuk beschrijft vanuit vier thema's het kader voor de zorginkoop ZG 2015, te weten 'financiële kaders', 'zorginkoop', 'zorglevering' en 'monitoring en declaratie'. Het geeft de eisen, voorwaarden en uitgangspunten weer op basis waarvan zorgverzekeraars een contract met zorgaanbieders kunnen sluiten.

Om verzekerden tijdig te informeren en om tijdig inzicht te krijgen in de contractering is afgesproken dat zorgverzekeraars gezamenlijk een deadline van 1 november 2014 hanteren voor het afronden van de inkoop van de ZG. Om dit te realiseren verzoeken zorgverzekeraars bestaande en nieuwe zorgaanbieders die in 2015 ZG willen leveren om uiterlijk 15 september 2014 bij de (representerende) zorgverzekeraar aan te geven dat de zorgaanbieder in aanmerking wil komen voor aan afspraak ZG.

3.1 Financiële kaders

Dit hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens het beschikbare budget, de NZa-prestaties en tarieven en vooruitbetaling.

3.1.1 Budget

Het beschikbare financiële kader voor 2015 voor de aanspraak ZG bedraagt € 171 mln. (prijsspeil 2014). De basis van dit bedrag is gebaseerd op een analyse van de NZa gebaseerd op de nacalculatie 2012. De opbouw van het kader 2015 is als volgt:

⁵ De zorgaanbieder die in 2014 ZG heeft geleverd en daartoe vóór 1 januari 2014 een overeenkomst heeft afgesloten en productieafspraken met een zorgkantoor heeft gemaakt waarvan de overeenkomst 2014 niet ontbonden is en die deze zorg ook na 1 januari 2015 levert.

Aanspraak ZG-zorg	2015	2016
Zvw-kader 2013 (prijspeil 2013)	€ 159,3 miljoen	€ 159,3 miljoen
Bij groei volume 2014 2,3%	3,7 mln.	3,7 mln.
Prijzen 2014 3,89%	6,3mln.	6,3 mln.
Bij groei volume 2015 1%	1,7 mln.	1,7 mln.
Prijzen 2015	Voorlopig 1-9-2015	
Bij groei volume 2016 1%		1,7 mln.
Prijzen 2016		Voorlopig 1-9-2016
Totaal Zvw-kader 2015 (prijspeil 2014)	€ 171,00 miljoen	
Totaal Zvw-kader 2016 (prijspeil 2014)		€ 172,71 miljoen
Expertisefunctie VWS- begroting	€ 21,25 miljoen	Afhankelijk onderzoek NZa

3.1.2 NZa-prestaties en tarieven en wijze van inkoop

Door middel van de beschikking “prestatie- en tariefbeschikking zintuigelijk gehandicaptenzorg” alsmede de beleidsregel ‘Prestaties en tarieven Zintuigelijk gehandicaptenzorg’ worden door de NZa de prestaties gedefinieerd die in 2015 ten aanzien van de ZG mogen worden gehanteerd.

3.1.3 Macro Beheers Instrument (MBI)

Overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) die betrekking hebben op de ZG, worden achteraf geredresseerd met behulp van het macrobeheersinstrument (MBI). Het MBI is niet gedifferentieerd en is van toepassing op alle zorgaanbieders die zorg leveren binnen de aanspraak ZG, dus zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

De werkwijze en reikwijdte van het MBI zal nader worden omschreven in de nog te publiceren beleidsregel van de NZa.

Zorgverzekeraars voelen zich mede verantwoordelijk om de inzet van het MBI te voorkomen, maar ze zijn wel gehouden aan het geven van invulling van hun zorgplicht jegens hun verzekerden. Beheersing van het budget en daarmee het voorkomen van de inzet van het MBI kan alleen worden gerealiseerd in samenwerking met de zorgaanbieders.

3.2. Zorginkoop

3.2.1 Zorginkoop bestaande zorgaanbieders

Conform de kamerbrief van VWS van 14 mei 2014⁶ zal in 2014 de inkoop 2015 door zorgverzekeraars bij de bestaande zorgaanbieders op basis van representatie vorm gegeven worden⁷. Met de bestaande zorgaanbieders worden de zorgaanbieders bedoeld die in 2014 ZG heeft geleverd en daartoe vóór 1 januari 2014 een overeenkomst heeft afgesloten en productieafspraken met een zorgkantoor heeft gemaakt en waarvan de overeenkomst 2014 niet is ontbonden en die deze zorg ook na 1 januari 2015 levert. Inkoop op basis van representatie houdt in dat 2 á 3 zorgverzekeraars gezamenlijk namens alle zorgverzekeraars afspraken maken over het zorgaanbod. Vooraf worden tussen de representanten afspraken gemaakt over de rol en betrokkenheid van de tweede en eventuele derde representant bij de uitvoering van het inkoopbeleid⁸. De gesloten overeenkomst met de zorgaanbieder, de overeengekomen tarieven en aanverwante afspraken gelden daarbij voor alle zorgverzekeraars.

Op de website van ZN kunt u een overzicht vinden van de zorgverzekeraars die aangewezen zijn om namens de overige zorgverzekeraars op te treden als representerend zorgverzekeraar (representatiemodel ZG, www.zn.nl).

Voor bestaande zorgaanbieders is de basis voor het budget voor 2015 gebaseerd op de inkoopafspraken die over 2014 zijn gemaakt (voorerschikking). Hierbij gaat het alleen om het deel van de afspraken 2014 die betrekking hebben op de zorg die in 2015 over gaat naar de Zvw (dus niet begeleiding en een groot gedeelte van de expertfunctie). Zorgverzekeraars hanteren bij de inkoop 2015 het uitgangspunt dat de afspraken over 2015 over alle zorgaanbieders tezamen niet mogen stijgen ten opzichte van de afspraken zoals deze over 2014 zijn gemaakt.⁹ Zorgverzekeraars gaan er hierbij van uit

⁶ Kamerbrief "Informatie over bekostiging behandeling zintuiglijk gehandicaptenzorg en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument" d.d. 14 mei 2014 van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (kenmerk 30 597 nr. 439)

⁷ Wellicht ten overvloede merken we op dat niet de Tweede Kamer bepaalt of de representatie is toegestaan maar de wetgeving. Ook VWS dient zich aan bestaande wetgeving houden. Dit laat onverlet dat VWS de mogelijkheid heeft om een en ander in beleidsregels door de NZa vast te leggen op grond waarvan er een titel zou ontstaan. In dit kader hebben verzekeraars VWS gevraagd bij de ACM toestemming voor het toepassen van representatie te vragen en deze toestemming vast te leggen in de aanwijzing die door VWS aan de NZa verzonden zal worden. Bij het schrijven van deze inkoopgids was de aanwijzing van VWS aan de NZa nog niet verschenen zodat niet verwezen kon worden naar deze aanwijzing.

⁸ Op basis van het convenant representatiemodel ZG

⁹ Verzekeraars gaan in dit kader uit van de veronderstelling dat het voortzetten van het kader 2014 past binnen het budgettaire kader zoals deze is vastgesteld door VWS (obv data NZa). Door verzekeraars wordt momenteel data verzameld om te toetsen of dit daadwerkelijk het geval is. Op basis van de uitkomsten van dit dataonderzoek bepalen verzekeraars of de inkoopkaders 2015 aangepast moeten worden. Wanneer dit het geval is zal de inkoopgids op dit onderdeel aangepast worden.

dat zorgaanbieders op basis van deze afspraken in 2015 minimaal hetzelfde aantal cliënten helpen als in 2014.

De groeiruimte van 1% zoals opgenomen in het budgettaire kader 2015 zal worden gereserveerd voor de financiering van niet gecontracteerde zorg.

Door middel van deze gezamenlijke lijn willen zorgverzekeraars een gelijk kader aan alle zorgaanbieders van de zorg bieden en voorkomen dat het beschikbaar gestelde macrokader overschreden wordt.

3.2.1.1 Procedure inkoopafspraken bestaande zorgaanbieders

- Met bestaande zorgaanbieders zullen er op basis van representatie afspraken worden gemaakt over de maximaal te leveren zorgproducten ZG (omzetplafond).
- Om verzekeren tijdig te informeren en om tijdig inzicht te krijgen in de contractering is afgesproken dat zorgverzekeraars gezamenlijk een deadline van 1 november 2014 hanteren voor het afronden van de inkoop van de ZG.
- De gemaakte inkoopafspraken ZG dienen op basis van een overeenkomst vastgelegd te worden. De overeenkomst wordt ondertekend door de representerende zorgverzekeraars en de zorgaanbieder. ZN zal ter ondersteuning van deze contractering een modelovereenkomst opstellen. Deze modelovereenkomst wordt door de representerende zorgverzekeraars gebruikt als basis voor het vastleggen van de gemaakte afspraken.
- Door ZN zal een formulier opgesteld worden conform de beleidsregels van de NZa om het maken van afspraken te ondersteunen. Dit productieafsprakenformulier dient net als de overeenkomst te worden ondertekend door alle representerende zorgverzekeraars en de zorgaanbieder.
- In 2014 is er sprake van door de NZa vastgestelde maximum tarieven. De representerende zorgverzekeraars maken afspraken over de in 2015 te hanteren tarieven. De tarieven kunnen op basis van deze onderhandelingen per zorgaanbieder verschillen. De door de representerende zorgverzekeraar overeengekomen tarieven zullen worden gehanteerd door alle zorgverzekeraars.
- De eerste representerende zorgverzekeraars zal de overige zorgverzekeraars tijdig informeren over de zorgaanbieders met wie afspraken zijn gemaakt.

3.2.1.2 Procedure opname in representatie overeengekomen tarieven ZG in Tariefinformatiesysteem Organen Gezondheidszorg (TOG (via Vektis))¹⁰

Door de minister is aangegeven dat de afspraken over de productie en de hoogte van de tarieven in representatie gemaakt mogen worden. Om er voor te zorgen dat de in representatie gemaakte tarieven op een juiste wijze opgenomen worden in de systemen van alle zorgverzekeraars hanteren zorgverzekeraars de volgende procedure:

- De eerste representerende zorgverzekeraar levert uiterlijk 1 november 2014 de overeengekomen tarieven aan bij Vektis en ZN. Vooraf wordt ten behoeve van de verwerking bij Vektis een lijst opgesteld met per instelling de 1e representant. Vektis verwerkt alleen opgaven van zorgverzekeraar /instelling relaties die voorkomen op deze lijst. De representerende zorgverzekeraar hanteert hiervoor een door ZN/Vektis nader vast te stellen format .
- De voor 1 december 2014 ingediende tarieven worden door Vektis ingelezen in TOG, zodat de tarieven per 1-1-2015 ingelezen kunnen worden in de systemen. In TOG wordt daarbij een onderscheid aangebracht in de contractprijs en de maximum tarieven.
- Voor zorgaanbieders waarmee geen overeenkomst is gesloten worden in TOG de landelijk maximum tarieven zoals vastgesteld door de NZa opgenomen. Hiermee blijft transparant wat de bovengrens aan een declaratie is.

3.2.1.3 Procedure verrekening declaraties boven overeengekomen omzetplafond

De instelling en de representerende zorgverzekeraars maken afspraken over de maximaal te leveren totale zorgproductie ZG (de productie in 2015 voor alle zorgverzekeraars). De naleving van deze in representatie gemaakte afspraak is door de individuele zorgverzekeraar niet te monitoren. De individuele zorgverzekeraar kan niet monitoren of de ingediende declaraties overeenkomen met de afspraak over het totale omzetplafond. Hiermee bestaat er een mogelijkheid dat een instelling meer declareert dan overeengekomen met de representerende zorgverzekeraars.

Als de gerealiseerde en door de 1^e representerende zorgverzekeraar na controle goedgekeurde omzet in zorgproducten ZG hoger is dan de gemaakte afspraken in zorgproducten ZG (=opbrengstoverschot) dient het verschil integraal door middel van een vast bedrag terug betaald te worden door de instelling aan de individuele zorgverzekeraars. Het verrekenbedrag dient door de zorgaanbieder aan de individuele zorgverzekeraars terugbetaald te worden naar rato van de marktaandeel van de individuele zorgverzekeraar in de gerealiseerde omzet in zorgproducten ZG (marktaandeel zorgverzekeraar x = omzet zorgverzekeraar x bij zorgaanbieder y / totale omzet zorgaanbieder y).

¹⁰ In TOG staan de (landelijke) tarieven van zorginstellingen en medische beroepsbeoefenaren. Met TOG kunnen zorgverzekeraars gedeclareerde tarieven geautomatiseerd controleren. Er zijn verschillende controles mogelijk, snel en efficiënt. Met behulp van deze web applicatie zijn declaratiecodes, prestatiegegevens en tarieven van zorginstellingen en medische beroepsbeoefenaren te raadplegen. Ook zijn gerelateerde producten te downloaden, zoals berichtspecificaties, prestatiecodelijsten, datasets en testbestanden.

Als de gerealiseerde omzet in zorgproducten ZG lager is dan de gemaakte afspraak in zorgproducten ZG wordt de afspraak naar beneden bijgesteld zodat de afspraak overeen komt met de gerealiseerde omzet in zorgproducten ZG. Een verdere verrekening tussen instelling en zorgverzekeraars is dan niet noodzakelijk.

Om de verrekening van een eventueel opbrengst overschot (t.o.v. gemaakte afspraken) goed te laten verlopen levert de instelling uiterlijk 1 juli 2016 de volgende informatie aan bij de 1e representerende zorgverzekeraar:

- a. Een overzicht van de omzet in zorgproducten ZG (na controle door verzekeraars). Dit overzicht dient voorzien te zijn van een accountantsverklaring om de juistheid van de omzet in zorgproducten ZG te kunnen vaststellen.
- b. Een getekende kaderregeling AO/IC . Deze kaderregeling is nog niet voorhanden. Deze kaderregeling zal in overleg tussen ZN , VIVIS en SIAC opgesteld worden.

Om bovenstaande te bewerkstelligen dient de instelling voor 1 maart 2016 alle ZG declaraties over 2015 in te dienen bij de zorgverzekeraars. Na 1 maart 2016 wordt geen enkele declaratie over het kalenderjaar 2015 meer verwerkt. Zorgverzekeraars ronden voor 1 november 2016 de controles over deze declaraties af. Indien controles niet voor 1 november 2016 kunnen worden afgerond vanwege het ontbreken van door verzekeraars gevraagde toelichtingen behouden verzekeraars zich het recht voor de controles naar eigen inzicht af te ronden.

De eerste representerende zorgverzekeraar zal de aangeleverde informatie beoordelen en vaststellen of er sprake is van een opbrengstoverschot. Wanneer dit het geval is zal bij juistheid van de aangeleverde informatie de eerste representerende zorgverzekeraar het ingediende totale opbrengstoverschot (t.o.v. de gemaakte afspraken) voor 1 februari 2017 goedkeuren waarna de instelling over kan gaan tot de verrekening van de individuele opbrengstoverschotten met de individuele zorgverzekeraars (marktaandeel individuele verzekeraar x totaal opbrengstoverschot). In dit kader zal de representerende zorgverzekeraar de overige verzekeraars informeren of er sprake is van een opbrengst overschot (t.o.v. gemaakte afspraken). De individuele opbrengstoverschotten dienen uiterlijk 1 april 2017 verrekend te worden tussen de instelling en individuele zorgverzekeraars.¹¹

Bovenstaande procedure kan eventueel versneld worden op basis van wederzijds goedkeuren als aan bovenstaande stappen in de procedure en de informatievoorschriften wordt voldaan.

3.2.2 Inkoop nieuwe zorgaanbieders

Nieuwe zorgaanbieders (zorgaanbieders die in 2014 geen overeenkomst hadden voor het leveren van extramurale ZG met enig zorgkantoor) worden

¹¹ De in de inkoopgids opgenomen procedure en data zullen met VIVIS en SIAC doorgesproken worden waarbij rekening gehouden zal worden met het wettelijk kader (MBI regelgeving van de NZa). Wanneer de beschreven procedure niet mogelijk is wordt teruggevallen op de wettelijke termijnen.

bekostigd op basis van zorgprestaties ZG. Deze nieuwe zorgaanbieders vallen niet onder het representatiemodel van zorgverzekeraars. De reden die hieraan ten grondslag ligt is dat er bij de inkoop bij nieuwe zorgaanbieders geen informatie aanwezig waarop een representerend zorgverzekeraar aan te wijzen is. Nieuwe zorgaanbieders zullen zich tot de individuele zorgverzekeraar moeten wenden voor het verkrijgen van een overeenkomst. Voor het in aanmerking komen van een overeenkomst bij een individuele zorgverzekeraar dient de zorgaanbieder een toegevoegde waarde te hebben ten opzichte van huidige zorgaanbieders door middel van een verbeterde prijs-kwaliteit verhouding. De zorgaanbieder dient een aanbod te hebben gericht op een witte vlek. Een witte vlek is een geografisch gebied waar een onacceptabel gebrek aan zorgaanbod is. Verder dienen deze zorgaanbieders te voldoen aan de voorwaarden zoals deze gesteld worden aan de ZG (zie ook paragraaf 3.2.6) Het toekennen van een overeenkomst voor ZG 2015 aan nieuwe zorgaanbieders is ter vrije keuze van de betreffende zorgverzekeraar.

3.2.3 Overgangsregime

Het is van belang dat ook in het overgangsjaar de continuïteit van zorg geborgd blijft. Door de overheveling verschuiven de rechten van de verzekerde per 1 januari 2015 van een wettelijk recht op AWBZ-zorg naar een aanspraak op Zvw-zorg, dat is vastgelegd in de polisvoorwaarden. Binnen de Zvw heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. Dit betekent dat de zorgverzekeraar ervoor moet zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben.

Alle verzekerden die op 31 december 2014 in zorg zijn, kunnen vanaf 1 januari 2015 zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder en de zorgverzekeraar zal deze zorg vergoeden. Om dit te faciliteren zullen met alle zorgaanbieders die in 2014 deze zorg binnen de AWBZ context verlenen afspraken worden gemaakt, mits zij voldoen en blijven voldoen aan de selectie-eisen en uitsluitingscriteria zoals geformuleerd in de bestuursverklaring. Deze bestuursverklaring zal worden gepubliceerd op de website van ZN.

Aangezien de prestaties in 2014 en 2015 gebaseerd zijn op uren kunnen de uren geleverd gedurende een zorgtraject gedeclareerd worden ten laste van de AWBZ respectievelijk de Zvw op basis van het moment dat de zorg daadwerkelijk is geleverd (voor of na 31-12-2014).

3.2.4 Mogelijke zorgaanbieders ZG

De verwachting is dat het ZG aanbod geleverd zal worden door de in 2014 gecontracteerde AWBZ zorgaanbieders.

Er zijn in totaal dertien zorgaanbieders actief op de markt van extramurale behandeling ZG visueel en ZG auditief. Van de dertien concerns richten zich drie concerns uitsluitend op ZG visueel, negen concerns richten zich uitsluitend op ZG auditief en één concern richt zich op zowel ZG visueel als ZG auditief.

3.2.5 Aandachtspunten bij de inkoop van ZG

Vervoer

Door VWS is besloten dat de regeling zittend ziekenvervoer in 2015 niet

aangepast zal worden. De vergoeding van het vervoer zal als gevolg van dit besluit in 2015 er al als volgt uit komen te zien:

- Cliënten visueel worden al genoemd in de regeling zittend ziekenvervoer en kunnen dus aanspraak maken op vervoer.
- Cliënten auditief en TOS worden niet als doelgroep genoemd in de regeling zittend ziekenvervoer en kunnen alleen aanspraak maken op vervoer als zij onder de hardheidsclausule vallen.

3.2.6 Voorwaarden contractering

Er is één contractmoment voor 2015 en dit heeft tot gevolg dat het niet mogelijk is om buiten deze contracteerronde alsnog een contract af te sluiten. Het gesloten contract heeft de looptijd van één jaar (van 1 januari 2015 t/m 31 december 2015).

De zorgverzekeraars kopen in beginsel zorg in bij alle zorgaanbieders waarmee zorgverzekeraars voor 2014 productieafspraken extramurale ZG hebben gemaakt, waarvan het contract niet is ontbonden in 2014 en die gedurende het contractjaar voldoen aan de gestelde (geschiktheids)eisen dan wel op wie de uitsluitingscriteria niet van toepassing zijn. Uitgangspunt voor zorgverzekeraars is dat zorgaanbieders de gelegenheid krijgen om de in 2014 gecontracteerde zorg aan bestaande cliënten per 1 januari 2015 te continueren, voor zover deze zorg onderdeel blijft uitmaken van de extramurale ZG in 2015. Vanzelfsprekend voldoet de zorgaanbieder die voor 2015 zal worden gecontracteerd aan de overige gestelde eisen die navolgend worden toegelicht.

Zorgaanbieders kunnen aan de representerende zorgverzekeraar kenbaar maken dat zij in aanmerking willen komen voor een overeenkomst.

Er worden een aantal voorwaarden gesteld voordat de zorgaanbieder in aanmerking kan komen voor een contract. Deze voorwaarden zijn stapsgewijs opgebouwd. Ten eerste moet worden voldaan aan de toegangseisen. De toegangseisen zijn bepalend voor de vraag of de zorgaanbieder in aanmerking kan komen voor een contract. Indien de zorgaanbieder voldoet aan de toegangseisen, gelden de minimumeisen.

1. Toegangseisen

Om in aanmerking te komen voor een contract geldt als uniform instapcriterium het aanleveren van de gecompleteerde bestuursverklaring.

Aanvullend wordt van nieuwe zorgaanbieders gevraagd de volgende documenten te overleggen:

- Toelating WTZi, waaruit blijkt dat zij ZG zorg mogen leveren en aantoonbaar voldoen aan de vereisten voor deze toelating.
Op grond van het uitvoeringsbesluit WTZi dienen zorgaanbieders van ZG te beschikken over een toelating voor behandeling (artikel 1.2 Uitvoeringsbesluit WTZi nummer 21). CIBG zal bezien of daarbij voor nieuwe zorgaanbieders nog een verwijzing naar zintuiglijk gehandicaptenzorg moet komen. De toetreders kan daarover in contact treden met CIBG. Bij de huidige zorgaanbieders heeft het CIBG mogelijk bij de afgifte van toelatingen wel een verwijzing naar de wet

waaruit het bekostigd wordt gemaakt (bijv. een toelating voor behandeling zoals bedoeld in Besluit zorgaanspraken AWBZ). Deze verwijzing vormt geen aanleiding voor de aanvraag van een nieuwe toelating. De huidige zorgaanbieders kunnen dus met hun huidige toelating ZG aanbieden in de Zvw.

- Inschrijving bij de Kamer van Koophandel (niet ouder dan 1 januari 2014) en de statuten van de inschrijvende zorgaanbieder.

2. Minimumeisen

Er worden een aantal uniforme eisen gesteld waar de zorgaanbieder minimaal aan moet voldoen. Dit betreft zowel bestaande als nieuwe zorgaanbieders.

Voor de ZG gelden de volgende minimumeisen. De zorgaanbieder:

- Voldoet aan de eisen van bekwaamheid volgens de bestuursverklaring
- Werkt volgens de geldende beroepsstandaarden en –protocollen
- De zorgaanbieder moet in 2015 sturen op volume van geleverde zorg per verzekerde in zorg. De zorgverzekeraar zal dit monitoren. Dit wordt zichtbaar en controleerbaar als volgt vertaald:
 - ✓ zorg wordt waar mogelijk afgebouwd, de zelfredzaamheid van de klant en diens omgeving wordt bevorderd door advies, voorlichting en instructie
 - ✓ er wordt alleen zorg ingezet waar ZG zorg nodig is
 - ✓ er wordt geen dubbele zorg gedeclareerd of zorg die ook door een andere zorgaanbieder geleverd moet/kan worden
- Toont aan dat er een samenwerkingsrelatie is met het sociaal domein binnen de gemeenten waar de zorgaanbieder actief is.
- Borgt dat het zorgplan dat is afgesproken met de verzekerde continue up-to-date blijft voor aard, volume en duur (PDCA)
- De zorgaanbieder zorgt dat de verwijzing naar de ZG op een juiste wijze wordt vorm gegeven en kan aantonen hoe hierop wordt toegezien. De zorgaanbieder legt de indicatie voor ZG schriftelijk vast zodat deze raadpleegbaar is voor de zorgverzekeraar wanneer deze vanwege controle doeleinden hierom verzoekt.

Zorgaanbieders zal gevraagd een ondernemingsplan te overleggen, dat bestaat uit in ieder geval de onderstaande onderdelen. Bestaande zorgaanbieders die deze informatie reeds in het verleden verstrekt hebben hoeven uitsluitend eventuele mutaties hierop door te geven. Deze mutaties kunnen eventueel gevolgen hebben voor de contractuele relatie.

1. Organisatie-inrichting

Van zorgaanbieders wordt verlangd dat zij in het ondernemingsplan beschrijven:

- aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling Raad van Bestuur of directie;
- aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling van onafhankelijk, statutair geborgd toezichthoudend orgaan (bijvoorbeeld Raad van Toezicht);

- aanwezigheid, tenaamstelling en samenstelling onafhankelijke klachtencommissie;
- aantoonbare implementatie van de Zorgbrede Governancecode;
- levering van de zorg door voldoende gekwalificeerd personeel;
- toelichting op een eventuele holding- of concernconstructie of andere samenwerkingsvorm.

2. Missie en strategie

Dit onderdeel is een korte beschrijving van de algemene bedrijfsdoelstelling en bevat:

- de algemene doelstelling (doelgroep, de behoefte van de potentiële cliënt die de zorgaanbieder gaat vervullen en de manier waarop dat gebeurt);
- beschrijving van de te leveren producten en diensten;
- de bedrijfsactiviteit (wat gaat er concreet gebeuren);
- de kwantitatieve vertaling (omzet, winst, cliënten, marktaandeel);
- de kwalitatieve vertaling (de bedrijfsfilosofie, te hanteren methodieken en de voor de sector geldende kwaliteitsstandaarden).

3. Omgevingsanalyse

De omgevingsanalyse resulteert in een duidelijk beeld van alle factoren die wel van invloed zijn op het bedrijfsplan, maar waar door de organisatie geen directe invloed op kan worden uitgeoefend. De volgende onderwerpen kunnen hierbij benoemd worden:

- De (toekomstige) rol en/of functie in samenwerkingsverbanden waaraan de nieuwe zorgaanbieder reeds deelneemt of gaat deelnemen. Op welke wijze gaat de nieuwe zorgaanbieder samenwerking zoeken met bijvoorbeeld gemeenten, ketenpartners, andere zorgaanbieders?
- Concurrenten: wie wordt gezien als de (grootste) concurrent, hoe ziet de marktverdeling er volgens de nieuwe zorgaanbieder uit, welk aandeel denkt de nieuwe zorgaanbieder te kunnen verwerven?

4. Bedrijfsplan

Een adequaat bedrijfsplan dat voldoet aan de richtlijnen van de Kamer van Koophandel en waaruit daarnaast ten minste blijkt:

- welke zorgprestaties de zorgaanbieder wil gaan leveren;
- waar de zorgaanbieder deze zorgprestaties wil gaan leveren;
- op welke doelgroep deze zorg zich richt;
- voor welke leemte in relatie tot nieuwe het huidige zorgaanbod, in de regio waar de zorgaanbieder offreert, de zorgaanbieder een adequaat aanbod biedt;
- op welke wijze het geoffreerde aanbod zich onderscheidt van andere zorgaanbieders;
- hoe de zorgaanbieder gaat zorgen voor een snelle en juiste administratieve afhandeling van de geleverde zorg

5. Marketingplan

Een marketingstrategie uitgewerkt in een apart strategisch marketingplan waarbij de missie en visie van een onderneming worden vertaald naar een strategie. Onderwerpen die hier beschreven kunnen worden zijn:

- Promotie: wat is de promotiedoelgroep? Wanneer moet het doel bereikt zijn?
- Plaats: op welke fysieke plaats of in welke omgeving de dienst wordt geleverd, en met welke bestemming?

6. Financieel plan

In het financiële plan worden verschillende financiële onderdelen van de startende zorgaanbieder behandeld. Zorgverzekeraars verwachten hierbij een solide, goed onderbouwd en beargumenteerd financieel plan, dat duidelijk en helder inzicht verschaft in de onderneming. Gebruik hiervoor de formats van de Kamer van Koophandel. Een aantal onderdelen moet hierbij helder en duidelijk zijn uitgewerkt:

- een investeringsbegroting;
- een realistische omzetprognose;
- een balans;
- een liquiditeitsprognose; en
- een resultatenrekening.

3.3 Zorglevering ZG

In dit hoofdstuk worden op hoofdlijnen de kwaliteitseisen zoals zorgverzekeraars deze aan de ZG willen stellen beschreven. In dit kader wordt de toegang tot zorg, de rol van het zorgplan en het toezicht op de kwaliteit beschreven.

3.3.1 Kwaliteitseisen

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om voor hun verzekerden te zorgen voor kwalitatief goede en betaalbare zorg. Zorgverzekeraars delen de visie dat zonder gemeenschappelijke uitgangspunten noodzakelijke kwaliteitsverbeteringen in de zorg niet gerealiseerd kunnen worden en daarom is bijvoorbeeld eenheid van taal van belang. Het uiteindelijke doel rondom kwaliteitsindicatoren is dan ook om een landelijke basisset te kunnen hanteren, waarbij iedere zorgverzekeraar naar eigen inzicht de informatie kan gebruiken voor de zorginkoop. Dit is voor 2015 echter niet haalbaar en daarom wordt teruggevallen op de eisen die gelden in 2014.

Drie kwaliteitsaspecten zijn nader uitgewerkt, te weten de indicatiestelling ZG, het zorgplan, en kwaliteitsbeoordeling.

3.3.2 Indicatiestelling ZG

De ZG is zorg is te typeren als derdelijnszorg. Dit betekent dat de zorg alleen op verwijzing toegankelijk is en daardoor dus niet rechtstreeks toegankelijk is. De te leveren zorg dient te voldoen aan hetgeen vastgelegd is in de polisvoorwaarden van de verzekerde.

ZG-zorg voor mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen is alleen toegankelijk op verwijzing van een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum of een arts op basis van diagnostische gegevens waaruit blijkt dat een cliënt voldoet aan de inclusiecriteria voor de te verzekeren prestatie ZG (artikel 2.5.d.) van het BZv.

Visuele ZG is alleen toegankelijk op verwijzing van een medisch specialist op grond van de evidence based NOG richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing.

Wanneer een cliënt verwezen wordt naar de ZG dient de zorgaanbieder de indicatie voor ZG schriftelijk vast te leggen zodat deze raadpleegbaar is voor de zorgverzekeraar wanneer deze hierom verzoekt.

3.3.3 Het zorgplan

Een van de centrale kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen is het werken met een zorgplan. Het zorgplan vormt de basis voor de te leveren zorg. Zorgverzekeraars stellen daarom bij de zorginkoop eisen aan het zorgplan. Een zorgplan is een dynamische set van afspraken van de verzekerde¹² en zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de verzekerde. Deze afspraken komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand.

Auditief en/of communicatief:

Eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan is de GZ- psycholoog. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de orthopedagoog of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5d Bzv en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.

Visueel:

Eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan is de oogarts of de GZ-psycholoog. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de klinisch fysicus of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5d Bzv en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.

Declaratie is alleen mogelijk als er een zorgplan is (zie voor nadere toelichting hierop 'Wijze van declaratie'). Naast de eisen vanuit de richtlijnen van de FENAC en NOG zijn de onderstaande uitgangspunten leidend:

- De verzekerde moet instemmen met het plan.
- De verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger dient het zorgplan te ondertekenen.
- De regie en zeggenschap over het zorgplan ligt bij de verzekerde.
- De verzekerde heeft te allen tijde inzage in het zorgplan.
- Zelfmanagement en eigen kracht zijn leidend bij het opstellen van de doelen in het zorgplan.

¹² verzekerde en/of diens vertegenwoordiger

- Aard, omvang en beoogde duur van zorgverlening is altijd onderdeel van het zorgplan. Het zorgplan vermeldt daarnaast de prestaties
- Er moet altijd een zorgplan worden opgesteld, inhoud en omvang is afhankelijk van complexiteit zorgvraag.
- De evaluatie van het zorgplan is afhankelijk van de context, maar wordt in ieder geval bijgesteld indien meer dan 10% van de zorgvraag afwijkt.

3.3.4 Kwaliteitsbeoordeling

De kwaliteitsbeoordeling voor de ZG wordt uitgevoerd in het verlengde van de beoordeling ten behoeve van de AWBZ-inkoop 2014. Dat betekent een voortzetting van de procedure 2014 voor de ZG. In dit kader wordt door zorgaanbieders in het kader van het traject verbindend vernieuwen veel informatie over ZG zorglevering verzameld. Zorgverzekeraars wensen periodiek inzicht te krijgen in deze informatie. Dit inzicht dient te worden verleend door de zorgaanbieder aan de eerste representerende zorgverzekeraar.

3.4 Monitoring en declaratie zorg

In dit hoofdstuk wordt nader omschreven hoe de zorgverzekeraars de kwaliteit en het budget willen monitoren. Vervolgens wordt ingegaan op het zorgplan als basis voor de declaratie van de zorg.

3.4.1 Monitoring budget

De zorgverzekeraars voelen zich mede verantwoordelijk voor het monitoren en beheersen van het budget. Omdat de beheersing van zorgkosten in het transitiejaar 2015 van eminent belang is, zullen de zorgverzekeraars in het kader van de representatie nauw samenwerken op dit thema.

Een tijdige informatievoorziening over afgesproken budgetten, zorglevering, zorgkosten en declaraties is van vitaal belang voor inzicht in de doelmatigheid van de zorgverlening en daarmee het slagen van de zorgkostenbeheersing. Daarom zullen zorgverzekeraars naast de declaratiestroom indien nodig ook de maandelijkse zorgkostenmonitor voortzetten/inzetten. Dit om tijdig overschrijdingen/fricties te kunnen signaleren.

3.4.2 Wijze van declaratie

De zorgaanbieder declareert in 2015 de zorg bij de zorgverzekeraar waar de desbetreffende verzekerde is verzekerd en hierbij zijn de desbetreffende voorwaarden leidend.

Leidend binnen de aanspraak ZG is het zorgplan. Declaratie van zorg is alleen mogelijk als er een zorgplan is. Basisgedachte is dat de zorg zoals opgenomen in het zorgplan gemiddeld over de zorgperiode wordt verleend, het zorgplan is maximale totale realisatie. Als de zorgbehoefte verandert, dan dient het zorgplan te worden aangepast. Voor 2015 geldt dat er nog gedeclareerd wordt op basis van prestaties en dit betekent dat het gaat om uren die zijn geleverd ten behoeve van de verzekerde.

In de externe verantwoording moet de zorgaanbieder aannemelijk kunnen maken dat hij de zorg levert die in het zorgplan is afgesproken. Kortom, het

moet toetsbaar zijn wat de zorgaanbieder levert, onder andere in het kader van de materiële controle. De controle vindt daarbij plaats op de behandellocatie van de zorgaanbieder.

De zorgaanbieder declareert de zorg bij de zorgverzekeraars waar de desbetreffende cliënt bij het uitvoeren van de prestatie verzekerd was. De zorgaanbieder dient bij de declaratie de AGB-code op instellingsniveau te hanteren. De te hanteren AGB-code wordt vastgelegd in de overeenkomst en het productieafsprakenformulier zodat ook voor de overige zorgverzekeraars een koppeling te leggen is tussen de gemaakte afspraken en de declaratie.

Bijlage 1 Aantal unieke cliënten auditief en visueel in 2013

aantal unieke cliënten auditief met productie in 2013¹³

Profiel	Aantal cliënten auditief	doelgroep
Cliënt met een gehoorbeperking in de leeftijd van 0 – 1 jaar	96	AUD
Dove cliënt zonder CI in de leeftijd van 1 – 5 jaar	136	AUD
Slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 – 5 jaar	183	AUD
Dove of slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 0,5 – 5 jaar	147	AUD
Dove of slechthorende cliënt zonder CI in de leeftijd van 5 – 12 jaar	284	AUD
Dove of slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 5 – 12 jaar	167	AUD
Dove of slechthorende cliënt zonder CI in de leeftijd van 12 – 23 jaar	190	AUD
Dove of slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 12 – 23 jaar	50	AUD
Vroegdove volwassen cliënt (<i>wordt voor een groot deel WMO</i>)	649	AUD
Plotsdove of laatdove volwassen cliënt	34	AUD
Slechthorende volwassen cliënt	133	AUD
Doofblinde cliënt in de leeftijd van 0 – 5 jaar	9	DBI
Doofblinde cliënt in de leeftijd van 5 – 23 jaar	20	DBI
Doofblinde volwassen cliënt (<i>wordt voor een groot deel WMO</i>)	67	DBI
Cliënt met ernstige spraak- en taalmoelijkheden in de leeftijd van 1,5 – 5 jaar	1.469	TOS
Cliënt met ernstige spraak- en taalmoelijkheden in de leeftijd van 5 – 12 jaar	1.277	TOS
Cliënt met ernstige spraak- en taalmoelijkheden in de leeftijd van 12 – 23 jaar	309	TOS
Niet ingedeeld	610	x
TOTAAL	5.830	

Toelichting data cliënten auditief

De informatie opgenomen in de tabel betreft alleen de productie behandeling. Van de profielen 'Vroegdoof volwassenen en volwassen doofblinden zal een groot deel niet meegaan naar de Zvw maar overgaan naar de WMO. In de tabel is informatie over de klanten van vijf van de tien instellingen opgenomen.

¹³ Informatie aangeleverd door SIAC

aantal unieke cliënten visueel met productie in 2013¹⁴

Leeftijdsgroep	aantal cliënten visueel
0-17	4.736
18-64	6.685
65 >	9.698
Begeleiding	745
Screening	8.513
Totaal	30.377

Toelichting data cliënten visueel

In de leeftijdscategorieën betreft het cliënten die een revalidatietraject hebben gehad. Hierbij gaat het dus om de functie behandeling.

Onder begeleiding gaat het om cliënten die de functie begeleiding krijgen (profiel 4b meerjarige begeleiding behoud zelfstandigheid). Voor deze groep wordt nu door Significant (en VNG) gewerkt aan de landelijke inkoopvoorwaarden (binnen de WMO). Bij screening gaat het (profiel 6) om het screenen van cliënten die verblijven in een instelling (verstandelijk gehandicapten of V&V en/of advisering aan de instelling), dus om cliënten met een ZZP.

¹⁴ Informatie aangeleverd door VIVIS